Lane Medical Library

Ergebnisse der Behandlung der febrilen Aborte

an der Universitäts-Frauenklinik München
in den Jahren 1929 — 33.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilian-Universität
zu München
vorgelegt von

Erika Kiggen med. pract.
aus Hilders/Rhön.

1934

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu München
Vorstand: Geh. Hofrat Prof. Dr. Döderlein

Ergebnisse der Behandlung der febrilen Aborte

an der Universitäts-Frauenklinik München in den Jahren 1929 — 33.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilian-Universität
zu München
vorgelegt von

Erika Kiggen med. pract.
aus Hilders/Rhön.

München Juni 1934

Druck Caritas G. m. b. H. Waldbreitbach

Digitized by the Internet Archive
in 2026

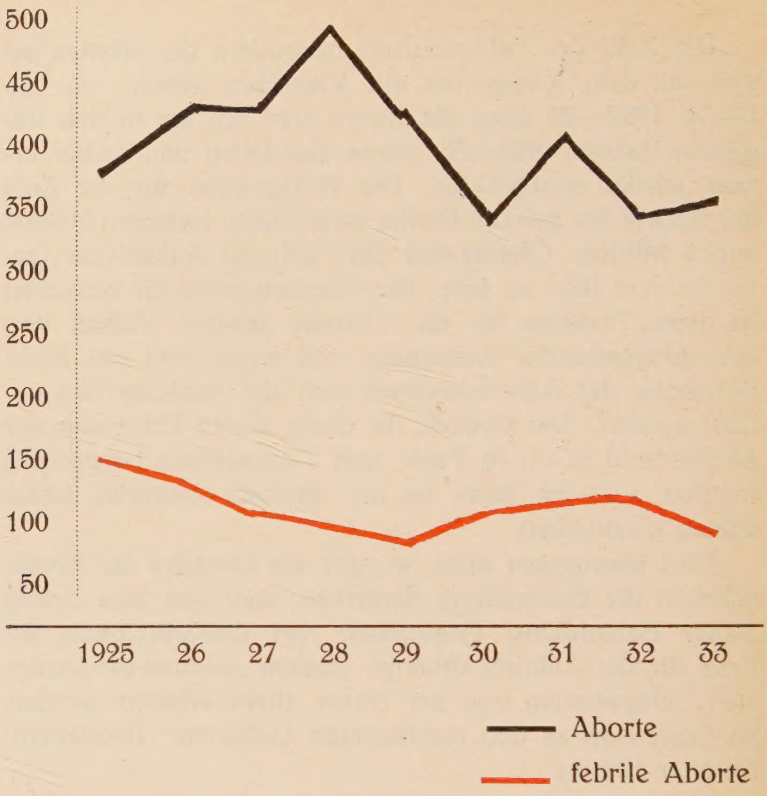
https://archive.org/details/IA40154015_0289

„Meinen lieben Eltern!“

Die Zahl der Fehlgeburten, besonders der febrilen hat sich seit dem Kriege um ein Vielfaches erhöht. In den Jahren 1922—23 stieg die Kurve steil an, um in den folgenden Jahren 1925—26, etwas abzufallen und später erneut wieder anzusteigen. Die Schätzungen für die Zahl der Aborte im ganzen Reiche schwanken zwischen 500000 und 1 Million. Gleichzeitig aber fällt die Anzahl der Geburten von Jahr zu Jahr. Bevölkerungspolitisch betrachtet ist diese Tatsache für die Zukunft unseres Volkes von ausschlaggebender Bedeutung und kann wohl nur durch Behebung der Arbeitslosigkeit und der sozialen Not gelöst werden. Die Gründe für diese starke Erhöhung der Aborte sind ja oft in Fach- und Tagespresse besprochen worden, und ich kann es mir deshalb ersparen, näher darauf einzugehen.

Hier interessiert nicht so sehr die Ursache der Aborte sondern die Behandlung derselben; weil von dem Erfolg dieser Behandlung Gesundheit und Gebärfähigkeit der Frau für die Zukunft abhängt. Zudem „können die wenigsten Fehlgeburten von der Natur allein erledigt werden, im Gegensatz zu den rechtzeitigen Geburten“ (Döderlein; Berliner Klinik).

Außer der Zersetzungsgefahr zurückgebliebener Teile bei unvollständigem Abort und der Gefahr starker Blutverluste ist die Mehrzahl der Frauen durch künstliche Eingriffe geschädigt, die, entweder von ihnen selbst vorgenommen oder durch unkundige Hand ausgeführt, zu schweren Infektionen, auch zu Verletzungen und nicht allzu selten zum Tode führen. Statistisch ist zwar der Anteil der kriminellen Aborte schwer zu fassen, aber nach einer Arbeit aus der Bumm'schen Poliklinik gaben 85% der abortierenden Frauen die Abtreibung zu. Vor allen Dingen berechtigt das Auftreten von Fieber zu dem Schluß, daß eine Abtreibung vorliegt, indem durch unreine Hände, Instrumente, Flüssigkeiten, der Genitaltrakt mit fiebererregenden Keimen infiziert wird.



Aus vorstehender Tafel ist die Gesamtzahl der Aborte und die Zahl der fieberhaften Aborte von 1929—33 an der Universitäts-Frauenklinik München ersichtlich. Darnach fällt die Zahl der Fehlgeburten etwas in den letzten Jahren. In Wirklichkeit dürfte das kaum zutreffen, sondern ist wohl dadurch zu erklären, daß weniger Fehlgeburten in die Klinik eingeliefert werden, weil die Ärzte die Technik der Abortbehandlung besser beherrschen, hauptsächlich aber, weil die sogenannten Berufsabtreiber geschickter arbeiten.

Bei der Vielgestaltigkeit der fieberhaften Fehlgeburten ist die Aufstellung schematischer Grundsätze für die Be-

handlung derselben garnicht am Platze. Ist Fieber vorhanden, so ist dies vorerst nur ein Krankheitssymptom, und von „fieberhaftem Abortus“ kann man erst dann sprechen, wenn alle übrigen fiebererregenden Momente ausgeschlossen werden können. Dann gilt es festzustellen ob das Fieber durch eine Infektion erregt wird die nur auf den Uterus beschränkt ist, oder ob sie schon weiter fortschritt. Darnach unterscheiden wir unkomplizierte und komplizierte Aborte.

Über die Behandlung der febrilen Aborte gehen die Ansichten auch heute noch auseinander. Im Prinzip kommen zwei Methoden in Frage; die konservative und die aktive. Jede hat ihre Anhänger.

1862 vertrat Hegar noch den Standpunkt einer streng konservativen Behandlungsweise, d. h. man wartet vor irgend einem Eingriff die Entfieberung ab; in den siebziger Jahren änderte sich jedoch das Bild. Man zog die instrumentelle Therapie der digitalen Ausräumung vor, weil dieselbe immer mehr vervollkommnet wurde und kam auf diesem Wege in eine aktivere Richtung. So trat 1887 Dührssen sehr energisch für eine möglichst schnelle Ausräumung ein. Dann brachte Winter 1911 auf dem 5. internationalen Gynäkologen-Kongreß in Petersburg den Vorschlag, die Ausräumung der fieberhaften Aborte dann zu unterlassen, wenn der Nachweis haemolytischer Streptokokken im Vaginalsekret positiv sei. Es sei dann von jedem intrauterinen Eingriff abzusehen, vielmehr warte man einige Tage bis zur Entfieberung ab, damit durch Bildung eines Demarkationswalles eine Weiterausbreitung der Bakterien verhindert würde. Die meisten Autoren schlossen sich jedoch Winter's Ansicht nicht an; so veröffentlichte Schottmüller bald darauf Ergebnisse aus seiner Klinik, nach denen bei aktiver Behandlung 60% der Fälle günstig und 40% ungünstig verliefen, letztere mit etwa 5% Mortalität, dagegen bei konservativer Behandlung nur 33% günstig und 67% ungünstig mit einer Mortalität von 50%.

Später wies Warnekros an 1000 aktiv behandelten febrilen Aborten der Bumm'schen Klinik eine Mortalität von nur 0,5% nach.

Ich möchte hier nur über die Resultate an der Universitäts-Frauenklinik München berichten, vorher aber noch die dort angewandte Therapie besprechen, die für alle Aborte, ob fieberfrei oder fieberhaft gleich ist.

I. Die drohende Fehlgeburt, Abortus imminens,

beginnt mit geringen Blutungen im Gegensatz zum Beginne der normalen Geburt, bei der zuerst Wehen und nur in seltenen Fällen, wie bei Placenta praevia Blutungen den Geburtsanfang künden. Ist die Blutung gering und der Muttermund geschlossen, so kann man mit der Erhaltung der Schwangerschaft rechnen, es ist deshalb jeder Eingriff in die Vagina oder gar in den Uterus strengstens zu vermeiden. Man verordnet nur Bettruhe, Diätvorschriften und Sedativa; oft schwindet dann das extragenital bedingte Fieber und auch die Schwangerschaft kann erhalten werden.

II. Die im Gange befindliche Fehlgeburt, Abortus incipiens.

Dauern die Blutungen länger an und nehmen sie an Stärke zu, so handelt es sich um einen Abortus incipiens. Helleres und zeitweise dunkleres gestocktes Blut geht ab, und mit einer Erhaltung der Schwangerschaft ist nicht mehr zu rechnen. Der Muttermund öffnet sich, wird fingerdurchgängig, eventuell fühlt man den unteren Eipol, oder es gehen Stücke des Eies ab. Dann soll die vollständige Ausstoßung des Eies möglichst beschleunigt werden. Man unterstützt die Natur und gibt Chinin in Dosen von 0,2 Gramm 2—3 mal mit je einer Stunde Zwischenpause, auch Pituitrin kann wiederholt angewandt werden. Ein anderes nützliches Mittel ist die Cervixtamponade; sie wirkt gegen die Blutungen und trägt zur Kontraktion des

Uterus bei, wodurch der Muttermund eröffnet und das Ei gelöst wird. Allerdings darf eine Tamponade höchstens 6 Stunden liegen und darf auch nur ein einzigesmal vorgenommen werden.

Führen diese Mittel innerhalb 12 Stunden nicht zum spontanen Abort, so wird die Behandlung aktiv; d. h. der Uterus wird ausgeräumt. Vorbedingung für die Ausräumungsmöglichkeit ist eine für Eizange und Abortcurette genügend große Eröffnung und Durchgängigkeit des Cervixkanales. Fast immer wird dieser Zeitpunkt des Abortes abgewartet. Nur in seltensten Fällen wird die Erweiterung mit Dilatatoren herbeigeführt. In späteren Monaten wird die Frucht manuell extrahiert. Die Auskratzung dient allein der Entfernung zurückgebliebener Placentar- und Eihautreste. Steht dann die Blutung, so ist das der sicherste Beweis des vollständigen Abganges der Fehlgeburt. Zum Schluß wird der Uterus mit einer desinfizierenden Lösung wie Sagrotan oder Lavasteril durch einen doppelläufigen Katheder gespült.

III. Die unvollständige Fehlgeburt, Abortus incompletus,

wird grundsätzlich nachgetastet, und wenn diese Nachtastung ergibt, daß doch Eireste in größerer oder kleinerer Menge im Cavum uteri vorhanden sind, nachgeräumt, damit möglichst frühzeitig, bevor die Zersetzungsmöglichkeit gegeben ist, diese Reste entfernt werden können. Es wird vor allem auch durch die rasche Entfernung von Eiresten die Involution des Uterus beschleunigt.

Die Grenzen eines bedingt aktiven Vorgehens werden durch die scharfe Trennung zwischen kompliziertem und unkompliziertem Abort gezogen. Bei kompliziertem Abort, besonders bei der allgemeinen Sepsis, ist jeder Eingriff untersagt. Jegliches aktive Vorgehen wäre als ein Kunstfehler zu bezeichnen.

Dagegen wird die von Döderlein so genannte „Abtreibungsperitonitis“, die mit schwersten peritonitischen Er-

scheinungen, hohem Fieber und starken Schmerzen einhergeht und wohl auf das Einfließen chemischer Flüssigkeiten durch die Tuben in die Bauchhöhle zurückzuführen ist, von ihm operiert: Der Douglas'sche Raum wird durch Colpotomia posterior eröffnet, damit die meist jauchende Flüssigkeit abfließen kann.

Nach diesen Richtlinien wurden an der Universitäts-Frauenklinik München vom 1. Januar 1929 bis 31. Dez. 1933 1712 Aborte behandelt, wovon 443 mit Fieber eingeliefert wurden. Unter Fieber wird eine Temperatur über 38,3° verstanden.

Auf die einzelnen Schwangerschaftsmonate verteilen sich die Fälle wie folgt:

1,09%	im	1.	Schwangerschaftsmonat
23,51%	im	2.	„ „
30,54%	im	3.	„ „
24,83%	im	4.	„ „
15,16%	im	5.	„ „
4,83%	im	6.	„ „

Die Mehrzahl der febrilen Aborte fällt also in den zweiten bis 4. Schwangerschaftsmonat; es ist dies damit zu erklären, daß die meisten fieberhaften Fehlgeburten kriminell sind, und die Frauen nach ein- oder mehrmaligem Ausbleiben der Periode mit einer Schwangerschaft rechnen und dann die Abtreibung vornehmen.

Von diesen 443 Fällen gingen 26 mit schweren Komplikationen einher, die mit dem Abort in unmittelbarem Zusammenhang stehen, und zwar:

9 mit Sepsis,	1 mit Embolie,
4 mit Adnexentzündungen,	12 mit Abtreibungsperitonitis.

In den ersten 14 Fällen wurde keinerlei aktive Therapie vorgenommen; es starben drei Frauen, eine an Embolie, zwei an Sepsis.

Fall. **Embolie.** 37jährige III. para, VI. mens. Die Frucht erfolgte spontan außerhalb der Klinik, die Nachgeburt mußte manuell gelöst werden. Patientin erlitt dabei eine Lungenembolie, am 5. 11. Fünf Tage vor Klinikeinlieferung traten die ersten Schüttelfröste auf, am 8. 11. bildete sich ein druckschmerzhafter Tumor in der linken Unterbauchseite. Am 10. 11. wurde die Patientin eingeliefert, der Leib war stark druckempfindlich, die Zunge trocken, borkig belegt. Ein Stück Placenta hing weit in die Scheide und wurde deshalb vorsichtig entfernt. Sonst wurde keinerlei aktive Therapie vorgenommen.

† am 12. 11.

Fall. **Sepsis post abortum.** 33jährige III. para, III. mens wird am 2. 4. in die Klinik eingeliefert und gibt an, Wehen und Blutungen gehabt zu haben. Frau wird sofort untersucht, der Foetus liegt mit stinkenden Blutkoagula in der Scheide. Mit stumpfer Curette wird vorsichtig nachgetastet, der Uterus wird gespült, Eisbeutel. Patientin ist ohne Fieber.

5. 4. Nach dreitägigem Wohlbefinden ohne Temperatursteigerung plötzlich starke Schmerzen im rechten Unterbauch; Temperatur steigt auf 39° an.

Nach langem Befragen gibt die Patientin jetzt an, mit einer Ballonspritze eine reichliche Menge Salzwasser in die Gebärmutter gespritzt zu haben, drei Tage später habe sie Schüttelfröste und 38° Fieber bekommen. Die Leukozytenzählung ergibt eine Anzahl von 13200. Der Blutdruck sinkt auf 95/40. Patientin beginnt zu frieren. Es wird eine Blutkultur angelegt, sie fällt positiv aus, massenhaft haemolytische Streptokokken werden nachgewiesen. Das Fieber steigt auf 40,5°. Die Patientin wird digitalysiert, erhält einen Tropfeinlauf und Kampfer. Das Sensorium wird getrübt, der Leib wird stark aufgetrieben, jedoch nicht druckempfindlich. Die Zunge ist trocken, sehr stark belegt.

Es erfolgt eine Sublimatinfusion in die Vene. Die Atmung wird stark beschleunigt, der Puls klein.

Exitus.

Bei den weiteren 12 komplizierten Fällen wurde die Diagnose „Abtreibungsperitonitis“ gestellt; von diesen starben drei, ohne daß eine Kolpotomie vorgenommen werden konnte. In neun Fällen wurde operiert; sechs Frauen wurden dadurch gerettet, drei starben.

Fall. **Peritonitis Kolpotomie.** 39jährige IV. para, III. mens.

19. 7. wird Patientin in schlechtem Allgemeinzustand eingeliefert, sie gibt an am 29. 6. abortiert zu haben.

20. 7. Dilatation der Cervix, Ausräumung alter Placentarreste, es besteht keine Blutung, Uterusspülung.

22. 7. Temperatur ist zur Norm gesunken.

25. 7. Patientin klagt über starke Schmerzen im Leib. Die Untersuchung ergibt eine deutliche Resistenz im Douglas'schen Raum. Das hintere Scheidengewölbe ist vorgewölbt. Es besteht Brechreiz, die Zunge ist belegt, trocken, der Puls 112, kräftig; Temperatur 39°. In Ätharnarkose Colpotomia posterior; es wird eine sanguinolente seröse Flüssigkeit entleert, ein Geruch nach Bakterium coli fällt auf.

26. 7. ist die Temperatur gefallen, langsame Besserung der Patientin.

17. 8. Patientin wird geheilt entlassen.

Fall. **Peritonitis Kolpotomie.** 22jährige I. para, V. mens.

27. 9. Spontangeburt mit nachfolgender Ausräumung der Placenta wegen starker Blutung.

2. 10. klagt Patientin über starke Schmerzen im Unterbauch; Temperatur 39,5°.

8. 10. Faustgroßes Douglas-Exsudat, das sich links bis ins Parametrium erstrekt.

9. 10. Kolpotomie mit Entleerung von ¼ l dickem grünlich-gelblichem stinkenden Eiter; Drainage, die Temperatur sinkt allmählich.

21. 10. Patientin ist subjektiv gebessert, steht auf.

24. 10. Wieder Schmerzen, eine Untersuchung ergibt, das das Exsudat noch nicht vollkommen entleert ist. Die Wunde wird gespreizt und der restliche Eiter entleert.

26. 11. Patientin wird entlassen. Schonung anempfohlen.

65 Fälle gingen mit schweren Blutverlusten oder mit anderen meist fieberhaften Erkrankungen einher und zwar:

13 mit Anaemie,
8 mit Angina,
2 mit Thrombophlebitis,
3 mit Pyelitis,
9 mit Cystitis,
1 mit Furunkel,
5 mit Abszessen,
2 mit Grippe,
2 mit fieberhaftem Magen-Darmkatarrh,
2 mit subfebrilen Temperaturen (Ursache nicht geklärt),
2 mit Tuberkulose (1 gestorben),
1 mit Pleuraexsudat,
1 mit fieberhafter Bronchitis,
1 mit Lues,
4 mit Gonorrhoe,
1 mit Bartholinitis,
1 mit Herpes zoster,
1 mit Varizen,
1 mit paranephritischem Abszeß,
1 mit Endocarditis,
1 mit Tumor im Unterbauch,
1 mit Obstipatio spastica,
1 mit Kollaps,
1 mit Mastitis.

Der längere Klinikaufenthalt und die verspätete Entfieberung dieser Fälle nach aktiver Behandlung ist auf die komplizierende Erkrankung zurückzuführen, weshalb die-

selben für diese Werte nicht berücksichtigt werden. Ebenso möchte ich zwei künstlich eingeleitete Fehlgeburten ausschließen. Indikation zu diesen waren starke Varizen und ein Fall von multipler Sklerose.

Es bleiben dann 353 unkomplizierte febrile Aborte. Bei diesen kam kein Todesfall vor. Wir haben also bei 443 Fällen eine Mortalität von 9 = 2,03%. Interessant ist, daß eine frühere Statistik der Münchner Klinik ungefähr die gleiche Mortalitätsziffer, nämlich 2,17% errechnet hat. Ein noch günstigeres Ergebnis bringt eine Statistik von Warnekros aus der Universitäts-Frauenklinik Berlin mit einer Mortalitätsziffer von nur 0,5%! Dagegen weist Benthin in einer Tabelle von Kliniken, die vorwiegend konservativ behandeln, eine durchschnittliche Mortalität von 9—10% nach.

Von den 353 unkomplizierten Aborten kamen nur 53 zur spontanen Erledigung. 127 mußten nach Spontangeburt des Eies, die meist durch Medikamente unterstützt wurde, wegen Unvollständigkeit nachgeräumt werden. In 167 Fällen handelte es sich bei der Aufnahme um Abortus incompletus; auch sie wurden nachgeräumt; 6 Fälle wurden aus irgendwelchen Gründen konservativ behandelt. So handelte es sich im Ganzen um 294 aktiv behandelte Fälle. Von diesen entfieberten **162 gleich 55,1% am ersten Tage nach der Nachräumung, 73 gleich 24,8% am zweiten Tag, der Rest später.**

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 12 Tage — eine frühere Statistik berichtet von einer noch kürzeren Aufenthaltsdauer von nur 8 Tagen — während bei den sechs konservativ behandelten Fällen ein durchschnittlicher Klinikaufenthalt von 20 Tagen nötig war. Diese hohe Ziffer ist wegen der geringen Anzahl der Fälle wohl weniger zu werten. Aber auch andere Kliniken bringen bei konservativer Behandlung eine verlängerte Aufenthaltsdauer, so Schottmüller eine von 17,9 Tagen. Nach einer Arbeit der Göttinger Frauenklinik betrug die

Dauer der klinischen Behandlung bei konservativer Therapie 16,6 Tage, bei aktiver Therapie nur 11 Tage.

Wie schnell bei sofortiger Nachräumung die allermeisten Fälle zur Entfieberung kommen sei an einigen typischen und in der Gesamtübersicht sehr häufig vorkommenden Fällen gezeigt.

Fall. **Abortus incompletus.** 25jährige III. para kommt mit stärkeren Blutungen und einer Temperatur von 41° in die Klinik; die Untersuchung ergibt Abortus incompletus, III. mens. Die Patientin wird am gleichen Tage ausgeräumt, der Uterus gespült. Sofort fällt die Temperatur kritisch ab, es besteht keine Nachblutung, keine Schmerzen.

Am 8. Tage geheilt entlassen.

Fall. **Abortus incipiens.** 35jährige III. para kommt am 1. 4. mit mittelstarken Wehen in die Klinik. Sie gibt an, seit dem 31. 3. Temperaturen von 41° zu haben, dazu häufig Schüttelfröste. Die Untersuchung führt zu der Diagnose Abortus incipiens; Patientin bekommt Chineonal. Am gleichen Tage werden zwei Foeten spontan ausgestoßen, denen eine Placenta spontan folgt. Die Patientin blutet nicht. Es wird deshalb die Spontanausstoßung der zweiten Placenta abgewartet. Später erfolgt eine Blutung und Nachräumung mit stumpfer Curette.

Am 2. 4. ist die Patientin kritisch entfiebert.

Am 8. 4. geheilt entlassen.

Fall. **Abortus incipiens.** 33jährige III. para kommt am 15. 4. mit Wehen, mäßigen Blutungen und einer Temperatur von 40,5° in die Klinik. Am gleichen Tage wird spontan der Foetus und Teile der Placenta ausgestoßen. Leichte Blutung besteht weiter; es findet deshalb eine Nachräumung statt, die Placentarreste zu Tage fördert.

Am 16. 4. kritische Entfieberung zur Norm.

Am 22. 4. wird die Patientin geheilt entlassen.

Zusammenfassend sei noch einmal darauf hingewiesen, daß die an der Universitäts-Frauenklinik zu München geübte Therapie nicht als rein aktiv anzusprechen ist, sondern in fast allen Fällen erst dann zu aktivem Handeln schritt, wenn der Zugang zum Cavum uteri für Finger, Eizange und große Curette spontan erweitert war. Mit dieser Art wurden keine neuen Wunden gesetzt, keinerlei schwere Verletzungen wie Cervixrisse usw. verursacht, durch keinerlei gewaltsame Dilatation infiziertes Sekret in die abführenden Blutwege gepreßt. Es wurden, und das ist wohl das wesentlichste Moment des Erfolgs, bei guter Zugängigkeit zum Cavum uteri Eiteile und Reste, bei denen Zersetzungs- und Verjauchungsmöglichkeit bestand, frühzeitig entfernt. Die geringe Mortalität bei den doch großenteils schwer infizierten Fällen, ist für die Richtigkeit dieses Handelns der beste Beweis. Vor allem ist zu beachten, daß die Heilung in einer verhältnismäßig kurzen Zeit erreicht wurde, was bei der heutigen wirtschaftlichen Lage des einzelnen Menschen doch eine wesentliche Rolle spielt. Ganz besonders aber ist auf die geringe Zahl der Beckenbindegewebsentzündungen und Adnexerkrankungen hinzuweisen, denn beim Fehlen dieser Komplikationen ist in sehr viel höherem Maße die Gebärfähigkeit der Frau für die Zukunft gewährleistet.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. Döderlein für die Überlassung des Themas, Herrn Prof. Dr. Eymer für die Übernahme des Referates und Herrn Oberarzt Dr. Bach für die Durchsicht der Arbeit meinen Dank sagen.

Literatur:

Benthin: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1917 Bd. XLV.

Bumm: Grundriß zum Studium der Geburtshilfe.

Bange: Zur Behandlung des infizierten Abortus. Diss.

Döderlein: Handbuch der Geburtshilfe.
Berliner Klinik; über die Behandlung der Fehlgeburt.

Diedrich: Die Ergebnisse der Sammelstatistiken über die Behandlung des fieberhaften Abortus. Archiv f. Gynäk. 1923 CXX Seite 14.

Deppe: Die Abortbehandlung unter Berücksichtigung der Resultate an der Göttinger Frauenklinik. Diss.

Englert: Der Einfluß der Infektionsdauer auf den Verlauf des aktiv behandelten fieberhaften Abortus. Diss.

Grünstein: Beitrag zur Diedrich'schen Sammelstatistik über die Behandlung des fieberhaften Abortus. Diss.

Halban-Seitz: Handbuch der gesamten Geburtshilfe und Gynäkologie.

von Köhl: Über die Behandlung des Abortus, mit besonderer Berücksichtigung der fieberhaften Aborte. Diss.

Lemmchen: Über die Behandlung des fieberhaften Abortus, Diss.

Müller: Beitrag zur Statistik über die Behandlung der Fehlgeburt, besonders des fieberhaften Abortus.

Reichelt: Ergebnisse der Abortbehandlung in den letzten zehn Jahren, Diss.

Rosner: Zehn Jahre Abortbehandlung an der II. Universitäts-Frauenklinik München, Diss.

Warnekros: Centralblatt für Gynäk. 1926 Nr. 41.

Winter: Centralblatt für Gynäk. 1921 Nr. 48.

Lebenslauf.

Am 26. August 1909 wurde ich, Erika Kiggen, als Tochter des prakt. Arztes Dr. Jos. Kiggen zu Hilders/Rhön geboren. Ich besuchte das Oberlyzeum der Englischen Fräulein zu Fulda. Dort legte ich im Februar 1928 mein Abitur ab. Ostern 1928 begann ich das Studium der Medizin in Frankfurt a. M., wo ich zwei Semester blieb. Ich studierte dann drei Semester in Kiel und bestand dort das Physikum. Anschließend ging ich ein Semester nach München, ein weiteres Semester nach Wien, verbrachte die letzten vier Semester wieder in München und bestand dortselbst im Dezember 1933 das Staatsexamen. Zurzeit bin ich Medizinalpraktikantin an der Med. Poliklinik in München.